

# Guzki krwawnicze

**Guzki krwawnicze, hemoroidy** – struktury naczyniowe położone w kanale odbytu, które ułatwiają kontrolę oddawania stolca<sup>[1][2]</sup>. Związany z nimi stan patologiczny, zwany chorobą hemoroidalną lub potocznie hemoroidami<sup>[3]</sup>, występuje, gdy są one nabrzmiąle lub objęte stanem zapalnym. W zdrowej postaci zachowują się jak poduszeczka złożona z połączeń tętniczo-żylnych i tkanki łącznej.

Choroba hemoroidalna objawia się różnie w zależności od tego, czy dotyczy hemoroidów wewnętrznych, czy zewnętrznych. W przypadku tych pierwszych występuje zazwyczaj niebolesne krwawienie z odbytu, natomiast gdy stanem chorobowym objęte są hemoroidy zewnętrzne, objawów może być niewiele, chociaż silny ból i obrzęk w okolicy odbytu pojawią się, jeśli powstanie zakrzep. Często, choć niesłusznie, "hemoroidami" określane jest każdy objaw występujący w okolicy odbytowo-odbytniczej, a poważne przyczyny należy wykluczyć<sup>[4]</sup>. Jednoznaczne podłoże choroby hemoroidalnej nie jest znane, uważa się jednak, że w jej rozwoju biorą udział czynniki powodujące wzrost ciśnienia w jamie brzusznej, szczególnie zaparcie.

Leczenie początkowe choroby o lekkim lub umiarkowanym nasileniu polega na zwiększeniu spożycia błonnika oraz, w celu uniknięcia odwodnienia – płynów, a także na podaniu NSLPZ (niesteroidowych leków przeciwzapalnych), które uśmierzą ból; zalecany jest również odpoczynek. W przypadku, gdy objawy są ciężkie lub nie ustępują na skutek leczenia zachowawczego, konieczne może być wykonanie małych zabiegów. Zabiegi operacyjne stosuje się wyłącznie u pacjentów, u których nie nastąpiła poprawa po zastosowaniu procedur wymienionych powyżej. Nawet co druga osoba może na którymś etapie życia doznać problemów z hemoroidami. Choroba kończy się zazwyczaj pomyślnie.

## Spis treści

- 1 Objawy przedmiotowe i podmiotowe
  - 1.1 Hemoroidy zewnętrzne
  - 1.2 Hemoroidy wewnętrzne
- 2 Przyczyny
- 3 Patofizjologia
- 4 Rozpoznanie

## Guzy krwawicze odbytu

*varices haemorrhoidales*



żylaki odbytu zewnętrzne

ICD-10	<b>I84</b> ( <a href="http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/I84">http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/I84</a> )
I84.0	Guzy krwawicze odbytu wewnętrzne zakrzepowe
I84.1	Guzy krwawicze odbytu wewnętrzne z innymi powikłaniami
I84.2	Guzy krwawicze odbytu wewnętrzne bez powikłań
I84.3	Guzy krwawicze odbytu zewnętrzne zakrzepowe
I84.4	Guzy krwawicze odbytu zewnętrzne z innymi powikłaniami
I84.5	Guzy krwawicze odbytu zewnętrzne bez powikłań
I84.6	Pozostałość skórna pochodzenia krwawiczego (odbytu lub odbytnicy)
I84.7	Nieokreślone guzy krwawicze odbytu zakrzepowe
I84.8	Nieokreślone guzy krwawicze odbytu z innymi powikłaniami
I84.9	Nieokreślone guzy krwawicze odbytu bez powikłań
MedlinePlus	000292 ( <a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000292.htm">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000292.htm</a> )
MeSH	D006484 ( <a href="http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2015/MB_cgi?field=uid&amp;term=D006484">http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2015/MB_cgi?field=uid&amp;term=D006484</a> )

- 4.1 Hemoroidy wewnętrzne
  -
- 4.2 Hemoroidy zewnętrzne
  -
- 4.3 Różnicowanie
  -
- 5 Zapobieganie
- 6 Leczenie
  - - 6.1 Leczenie zachowawcze
      -
    - 6.2 Leczenie zabiegowe
  -
- 7 Epidemiologia
  -
- 8 Historia
  -
- 9 Sławne przypadki
  -
- 10 Przypisy

## Objawy przedmiotowe i podmiotowe

Choroba hemoroidalna objawia się w różny sposób, w zależności od tego, czy dotyczy hemoroidów wewnętrznych, czy zewnętrznych; niemniej u wielu pacjentów obejmuje ona zarówno te pierwsze jak i drugie<sup>[2]</sup>. Krwawienie na tyle silne, by prowadziło do anemii, występuje sporadycznie<sup>[5]</sup>, a krwawienie zagrażające życiu jeszcze rzadziej<sup>[6]</sup>. Z powodu zażenowania wiele osób zgłasza się do lekarza<sup>[5]</sup>, gdy choroba jest już zaawansowana<sup>[2]</sup>.

### Hemoroidy zewnętrzne

Choroba związana z hemoroidami zewnętrznymi nie powoduje licznych problemów<sup>[7]</sup>. Silny ból może się jednak pojawić, jeśli rozwinie się w nich zakrzep<sup>[2][3]</sup>. Ból ustępuje przeważnie w ciągu 2-3 dni<sup>[5]</sup>. Nabrzmienie może utrzymywać się przez kilka tygodni<sup>[5]</sup>. Po zagojeniu na skórze pozostaje czasem tzw. brodawka miękka<sup>[2]</sup>. Zdarza się, że hemoroidy o sporych rozmiarach, powodujące problemy z higieną, podrażniają otaczającą je skórę, wywołując swędzenie w okolicy odbytu<sup>[7]</sup>.



Hemoroid zewnętrzny widoczny w okolicach odbytu

### Hemoroidy wewnętrzne

Hemoroidy wewnętrzne powodują zazwyczaj bezbolesne krwawienie z odbytu o jasnoczerwonym kolorze obecne przy lub zaraz po wypróżnieniu<sup>[2]</sup>. Krew otacza oddawany stolec (stan nazywany hematochezją), brudzi papier toaletowy lub skapuje do toalety<sup>[2]</sup>. Kolor samego stolca pozostaje przeważnie niezmieniony<sup>[2]</sup>. Z hemoroidami wewnętrznymi związane jest ponadto sączenie wydzieliny śluzowej, a w

przypadku, gdy wypadają na zewnątrz, zauważyć można wykwity w okolicy odbytu; innymi objawami są świąd odbytu i nietrzymanie stolca<sup>[6][8]</sup>. W większości przypadków ból pojawia się wyłącznie, gdy rozwinię się zakrzep lub martwica<sup>[2]</sup>.

## Przyczyny

Jednoznaczna przyczyna choroby hemoroidalnej nie jest znana<sup>[9]</sup>. Uważa się jednak, że jest ona związana z: zaburzeniami rytmu wypróżnień (zaparcie lub biegunka), brakiem aktywności fizycznej, czynnikami związanymi z dietą (niska zawartość błonnika), wzrostem ciśnienia w jamie brzusznej (przedłużone parcie, wodobrzusze, masy w jamie brzusznej lub ciąża), obciążeniami genetycznymi, nieobecnością zastawek w żyłach odbytniczych oraz podeszłym wiekiem<sup>[3][5]</sup>. Ryzyko wystąpienia choroby hemoroidalnej może zwiększać także otyłość, długie przebywanie w pozycji siedzącej<sup>[2]</sup>, przewlekły kaszel i zaburzenia mięśni dna miednicy<sup>[4]</sup>. Dowody na powiązanie powyższych czynników z chorobą hemoroidalną są jednak słabe<sup>[4]</sup>.

Podczas ciąży, na skutek ciśnienia wywieranego przez płód na jamę brzuszną oraz zmian hormonalnych, naczynia hemoroidalne powiększają się. Ciśnienie w jamie brzusznej wzrasta również podczas porodu<sup>[10]</sup>. Ciężarne kobiety rzadko wymagają jednak przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, ponieważ objawy ustępują po rozwiązaniu<sup>[3]</sup>.

## Patofizjologia

Poduszcзки tworzone przez hemoroidy są normalną częścią ludzkiego organizmu, a o związanej z nimi chorobie mówi się jedynie, gdy ulegną one zmianom patologicznym<sup>[2]</sup>. W zdrowym kanale odbytu znajdują się najczęściej trzy poduszcзки<sup>[3]</sup>. Typowo położone są w pozycjach lewej bocznej, prawej przedniej i prawej tylnej<sup>[5]</sup>. Nie ma w nich tętnic ani żył, są natomiast złożone z naczyń krwionośnych zwanych zatokami oraz z tkanki łącznej i mięśni gładkich<sup>[4]</sup>. Zatoki, w odróżnieniu od żył, nie posiadają w swoich ścianach mięśniówki<sup>[2]</sup>. Powyższy zestaw naczyń krwionośnych nazywany jest spletem żylnym odbytniczym<sup>[4]</sup>.

Poduszcзки tworzone przez hemoroidy pełnią ważną rolę w utrzymywaniu szczelności kanału odbytowego. Odpowiadają za 15–20% występującego w nim ciśnienia spoczynkowego i chronią mięśnie zwieracza przy wypróżnianiu<sup>[2]</sup>. Podczas parcia, jak przy oddawaniu stolca lub porodzie, ciśnienie w jamie brzusznej wzrasta, a poduszcзки pęcznieją, dzięki czemu odbył pozostaje zamknięty<sup>[5]</sup>. Uważa się, że objawy choroby hemoroidalnej pojawiają się na skutek zsunienia się poduszczek lub nadmiernego wzrostu ciśnienia żylnego<sup>[6]</sup>. Przyczyną może być również zwiększone ciśnienie zwieracza odbytu<sup>[5]</sup>. Choroba hemoroidalna dotyczy może dwóch typów hemoroidów: wewnętrznych, wywodzących się z górnego spletu żylnego odbytniczego, i zewnętrznych, odchodzących ze spletu dolnego<sup>[5]</sup>. Granicę między regionem górnym i dolnym stanowi linia grzebieniasta<sup>[5]</sup>.

## Rozpoznanie

Podstawą rozpoznania choroby hemoroidalnej jest przeważnie badanie przedmiotowe<sup>[11]</sup>. Ocena wzrokowa uwidocznia hemoroidy zewnętrzne lub takie, które zaczęły wypadać poza odbył<sup>[2]</sup>. W celu wykluczenia guzów odbytu, polipów, powiększenia prostaty lub ropni przeprowadzane jest badanie per rectum<sup>[2]</sup>. Zdarza się, że z powodu występującego bólu wymaga ono odpowiedniej farmakoterapii, chociaż w większości przypadków hemoroidy wewnętrzne nie są bolesne<sup>[3]</sup>. W celu uwidocznienia hemoroidów wewnętrznych



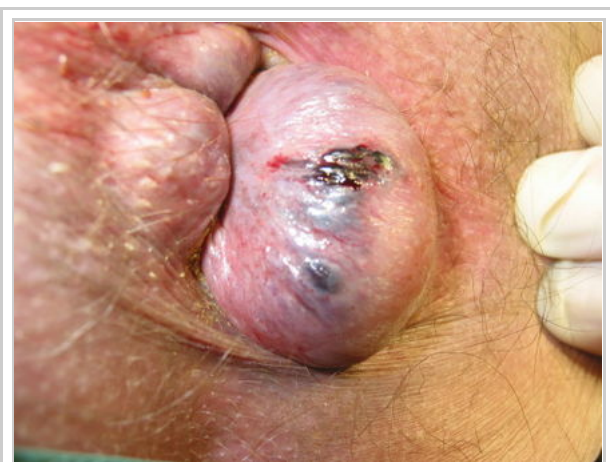
niezbędna może być anoskopia wykonywana za pomocą aparatu o kształcie rury, na zakończeniu której znajduje się źródło światła<sup>[5]</sup>. Choroba hemoroidalna obejmować może dwa typy hemoroidów: zewnętrzne i wewnętrzne. Odróżnia się je na podstawie położenia w stosunku do linii grzebieniastej<sup>[3]</sup>. U niektórych osób objawy dotyczące obu typów występują jednocześnie<sup>[5]</sup>. Występowanie bólu nie jest przeważnie spowodowane hemoroidami wewnętrznymi i wskazuje na szczelinę odbytu lub chorobę hemoroidalną hemoroidów zewnętrznych<sup>[5]</sup>.

## Hemoroidy wewnętrzne

Hemoroidy wewnętrzne to te znajdujące się powyżej linii grzebieniastej<sup>[7]</sup>. Pokrywa je nabłonek walcowaty pozbawiony receptorów bólowych<sup>[4]</sup>. W 1985 roku zaproponowano czterostopniową klasyfikację związanej z nimi choroby hemoroidalnej opartą na stopniu, w jakim wypadają z odbytu<sup>[3][4]</sup>:

- stopień I: niewypadające. Są po prostu uwydatnionymi naczyniami krwionośnymi<sup>[11]</sup>;
- stopień II: wypadające przy parciu, ale samoistnie cofające się;
- stopień III: wypadające przy parciu, ale odprowadzalne;
- stopień IV: utrzymujące się na zewnątrz, nieodprowadzalne.

## Hemoroidy zewnętrzne



Hemoroid zewnętrzny z zakrzepem

Hemoroidy zewnętrzne znajdują się poniżej linii grzebieniastej<sup>[7]</sup>. Pokrywa je anoderma, a jeśli położone są dalej od odbytu – skóra; zarówno anoderma jak i skóra są wrażliwe na ból i temperaturę<sup>[4]</sup>.

## Różnicowanie

Ze względu na podobieństwo występujących objawów choroba hemoroidalna mylona jest z innymi schorzeniami odbytowo-odbytniczymi, takimi jak szczeliny odbytu, przetoki, ropnie, rak jelita grubego, żylaki odbytu lub świąd odbytu<sup>[3]</sup>. Krwawienie z odbytu może również wystąpić na skutek raka jelita grubego, zapalenia jelita grubego, w tym nieswoistego zapalenia jelit, zapalenia uchyłków lub angiodysplazji jelitowej<sup>[11]</sup>. Jeśli wystąpi anemia, należy wziąć pod uwagę przyczyny inne niż choroba hemoroidalna<sup>[5]</sup>.

## Stopnie powiększenia guzków

Stopień	Diagram	Zdjęcie
I		
II		
III		
IV		

Wykwity w okolicy odbytu towarzyszą także innym schorzeniom: brodawkom miękkim, brodawkom odbytu, wypadaniu odbytu, polipom oraz powiększeniu brodawki odbytu<sup>[5]</sup>. Objawy żylaków odbytu spowodowanych wzrostem ciśnienia wrotnego (ciśnienie w żyłach krążenia wrotnego) i choroby hemoroidalnej mogą być podobne, chociaż są to odmienne schorzenia<sup>[5]</sup>.

## Zapobieganie

Do zalecanych metod zapobiegawczych należy unikanie nadmiernego, wymuszonego parcia przy oddawaniu stolca, zapobieganie zaparciom i biegunkom poprzez spożywanie diety wysokobłonnikowej z wystarczającą ilością płynów lub przyjmowanie suplementów z błonnikiem, a także dostateczna ilość aktywności fizycznej<sup>[5][12]</sup>. Ponadto zaleca się skrócenie czasu spędzanego na usiłowaniu oddawania stolca, unikanie czytania na toalecie<sup>[3]</sup>, utratę masy ciała w przypadku osób otyłych oraz unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów<sup>[13]</sup>.

## Leczenie

### Leczenie zachowawcze

Leczenie zachowawcze zwykle polega na stosowaniu diety bogatej w błonnik, doustnym przyjmowaniu płynów w celu utrzymania dobrego nawodnienia, przyjmowaniu niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), stosowaniu nasiadówek oraz odpoczynku<sup>[3]</sup>. Rezultaty leczenia polepsza zwiększone spożycie błonnika<sup>[14]</sup>, co można osiągnąć poprzez zmianę diety lub przyjmowanie suplementów błonnika<sup>[3][14]</sup>. Brakuje jednak dowodów na korzystne działanie nasiadówek na jakimkolwiek etapie leczenia<sup>[15]</sup>. W przypadku ich stosowania należy ograniczyć czas jednorazowej kąpieli do 15 minut<sup>[16]</sup>.

Pomimo istnienia wielu środków do użytku zewnętrznego i czopków na hemoroidy mało jest dowodów uzasadniających ich stosowanie<sup>[3]</sup>. Środki zawierające sterydy nie powinny być stosowane dłużej niż 14 dni, ponieważ mogą powodować ścieńczenie skóry<sup>[3]</sup>. Większość środków zawiera kilka składników aktywnych<sup>[4]</sup>. Mogą to być na przykład: krem barierowy zawierający wazelinę lub tlenek cynku, środek przeciwbólowy taki jak lidokaina, a także środek zwężający naczynia krwionośne taki jak epinefryna<sup>[4]</sup>. Nie potwierdzono skuteczności flawonoidów, natomiast mogą one mieć skutki uboczne<sup>[4][17]</sup>. Objawy zwykle ustępują po ciąży, dlatego często aktywne leczenie rozpoczyna się dopiero po porodzie<sup>[18]</sup>.

### Leczenie zabiegowe

W leczeniu stosuje się szereg zabiegów ambulatoryjnych. Mimo że generalnie są one bezpieczne, mogą wystąpić rzadkie efekty uboczne takie jak sepsa<sup>[11]</sup>.

- Podwiązanie gumką zwykle zalecane jest jako leczenie pierwszego rzutu u pacjentów z hemoroidami pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia<sup>[11]</sup>. Podczas zabiegu zakłada się elastyczną gumkę na wewnętrzny żylak położony co najmniej 1 cm ponad linią grzebieniastą w celu odcięcia dopływu krwi<sup>[3]</sup>. W ciągu 5–7 dni obumarły żylak odpada<sup>[3]</sup>. W przypadku umieszczenia gumki zbyt blisko linii grzebieniastej od razu pojawia się intensywny ból<sup>[3]</sup>. Potwierdzono wyleczalność na poziomie ok. 87%<sup>[3]</sup>, zaś odsetek powikłań wynosi do 3%<sup>[11]</sup>.
- Skleroterapia polega na wstrzyknięciu środka obliterującego, takiego jak fenol, do żylaka. Powoduje to zamknięcie ścian naczynia krwionośnego i skurczenie się hemoroidów. Odsetek powodzeń po czterech latach od leczenia wynosi ok. 70%<sup>[3]</sup>, co jest wynikiem lepszym niż w przypadku podwiązania

żyłaków gumką<sup>[11]</sup>.

- Skuteczne w przypadku hemeroidów są także metody kauteryzacyjne, lecz są one stosowane tylko, jeżeli zawiodą wszelkie inne metody lecznicze. Procedurę tę można wykonać przy zastosowaniu elektrokautezy, promieniowania podczerwonego, chirurgii laserowej<sup>[3]</sup> lub kriochirurgii<sup>[19]</sup>. Kauteryzacja w podczerwieni może być stosowana u pacjentów z hemoroidami pierwszego i drugiego stopnia<sup>[11]</sup>. U pacjentów z hemoroidami trzeciego i czwartego stopnia odsetek nawrotów jest bardzo wysoki<sup>[11]</sup>.

Jeżeli zastosowanie leczenia zachowawczego i prostych procedur nie przyniesie efektów, można zastosować szereg zabiegów chirurgicznych<sup>[11]</sup>. Wszelkie zabiegi chirurgiczne pociągają za sobą pewien odsetek powikłań, takich jak krwawienie, zakażenia, zwężenie odbytu oraz zatrzymanie moczu, z uwagi na bliskość odbytu i nerwów pęcherza moczowego<sup>[3]</sup>. Może również wystąpić niewielkie ryzyko nietrzymania stolca, szczególnie płynnego<sup>[4][20]</sup> – odsetek tego rodzaju powikłań wynosi od 0% do 28%<sup>[21]</sup>. Wycinanie błony śluzowej to kolejne schorzenie, które może wystąpić po operacji wycięcia żyłaków odbytu (często towarzyszy jej zwężenie odbytu)<sup>[22]</sup>. W takiej sytuacji błona śluzowa odbytu ulega wywinieciu na zewnątrz, podobnie jak w przypadku łagodnej postaci wypadania odbytnicy<sup>[22]</sup>.

- Operacja wycięcia żyłaków odbytu jest zabiegiem chirurgicznym stosowanym przede wszystkim w ciężkich przypadkach<sup>[3]</sup>. Wiąże się ona z dużym bólem pooperacyjnym, a rekonwalescencja zwykle trwa od 2 do 4 tygodni<sup>[3]</sup>. Jednakże u pacjentów z hemoroidami trzeciego stopnia operacja ta przynosi lepsze długotrwałe rezultaty w porównaniu z podwiązaniem żyłaków gumką<sup>[23]</sup>. Ten rodzaj leczenia jest zalecany pacjentom z hemoroidami zewnętrznymi zakrzepowymi, o ile zostanie ono przeprowadzone w ciągu 24–72 godzin<sup>[7][11]</sup>. Maść zawierająca triazotan glicerolu, zastosowana po zabiegu, pomaga zmniejszyć ból i przyspiesza gojenie<sup>[24]</sup>.
- Wykorzystująca efekt Dopplera przezodbytnicza technika zamykania naczyń hemoroidalnych to małoinwazyjna metoda leczenia wykorzystująca ultrasonografię dopplerowską w celu dokładnego zlokalizowania przepływu krwi tętniczej. Takie naczynia są wówczas podwiązane, a tkankę, która wypadła, przyszywa się z powrotem w normalnym położeniu. Odsetek nawrotów jest nieco wyższy, lecz ryzyko powikłań jest mniejsze w porównaniu do operacji wycięcia żyłaków odbytu<sup>[3]</sup>.
- Hemoroidektomia z użyciem staplera, znana również pod nazwą hemoroidektomii staplerowej, to zabieg polegający na usunięciu większości nienaturalnie powiększonej tkanki hemoroidalnej, a następnie podciągnięciu pozostałej tkanki hemoroidalnej do jej normalnego położenia anatomicznego. Jest to zabieg mniej bolesny, a rekonwalescencja jest szybsza niż w przypadku całkowitego usunięcia hemoroidów<sup>[3]</sup>. Jednak ryzyko nawrotu objawów jest wyższe w porównaniu do konwencjonalnej hemoroidektomii<sup>[25]</sup>, dlatego zabieg ten zalecany jest zazwyczaj pacjentom z hemoroidami II lub III stopnia<sup>[11]</sup>.

## Epidemiologia

Trudno stwierdzić częstość występowania hemoroidów, ponieważ wielu ludzi cierpiących na tę dolegliwość nie zgłasza się do lekarza<sup>[6][9]</sup>. Szacuje się jednak, że objawowa postać hemoroidów występuje u co najmniej 50% amerykańskiej populacji na pewnym etapie życia, przy czym w dowolnej chwili co najmniej 5% populacji cierpi na tę chorobę<sup>[3]</sup>. Występowanie tej przypadłości jest podobne u obu płci<sup>[3]</sup>, przy czym współczynniki zapadalności są najwyższe u ludzi w wieku od 45 do 65 lat<sup>[5]</sup>. Częściej chorują ludzie rasy białej<sup>[26]</sup> i osoby o wyższym statusie socjoekonomicznym<sup>[4]</sup>. Długoterminowe rokowania są zazwyczaj dobre, choć u niektórych osób mogą wystąpić nawroty objawów<sup>[6]</sup>. Tylko niewielki odsetek chorych wymaga operacji<sup>[4]</sup>.



# Historia

Pierwsza znana wzmianka na temat tej przypadłości pochodzi z datowanego na 1700 rok p.n.e. egipskiego papyrusu, który radzi: „(...) Przygotuj wedle receptury maść ochronną: liście akacji i ziemię, roztarte razem i ugotowane. Posmaruj maścią pas delikatnego płótna i umieść w odbycie, a wnet wyzdrowieje”<sup>[27]</sup>. W roku 460 p.n.e. w zbiorze pism Hipokratesa zamieszczono wzmiankę o leczeniu podobnym do współczesnego podwiązki żyłaków gumką: „A hemoroidy w podobny sposób można leczyć, przebijając je igłą i wiążąc bardzo grubą i wełnianą nicią, i nie ruszać aż odpadną, zawsze pozostawiając jeden, a gdy pacjent odzyska zdrowie, należy go leczyć ciemiernikiem”<sup>[27]</sup>. Hemoroidy mogły być opisane w Biblii<sup>[5][28]</sup>.

Celsus (25 p.n.e. – 14 n.e.) opisał procedury podwiązki i wycinania, a także omówił możliwe powikłania<sup>[29]</sup>. Galen był zwolennikiem odcinania połączenia tętnic z żyłami, ponieważ uważał, że zmniejsza to zarówno ból, jak i rozprzestrzenianie się gangreny<sup>[29]</sup>. Susruta Samhita (IV–V w. n.e.) był podobnego zdania jak Hipokrates, lecz podkreślał znaczenie czystości rany<sup>[27]</sup>. W XIII w. europejscy chirurdzy tacy, jak Lanfranc z Mediolanu, Guy de Chauliac, Henri de Mondeville oraz John z Ardene, poczynili duże postępy i przyczynili się do rozwoju technik chirurgicznych<sup>[29]</sup>.

W języku angielskim po raz pierwszy użyto słowa „hemoroid” w 1398 r., od starofrancuskiego „emorroides” i łacińskiego „hæmorrhoida, -ae”<sup>[30]</sup>, które zaczerpnięto z greckiego „αἰμορροΐς” („haimorrhoi”), „podatny na uwalnianie krwi”. To słowo z kolei pochodzi od greckich słów „αἷμα” („haima”), „krew”<sup>[31]</sup> i „ῥόος” („rhoos”), „strumień, przepływ, prąd”<sup>[32]</sup>, zaczerpnięte od słowa „ῥέω” („rheo”), „płynąć”<sup>[33]</sup>.

## Sławne przypadki

Gracz baseballa, członek amerykańskiej Hall-of-Fame, George Brett zszedł z boiska w czasie meczu World Series 1980 z powodu bólu żyłaków odbytu. Po przejściu drobnego zabiegu chirurgicznego Brett powrócił do gry w następnym meczu, komentując żartobliwie: „...problemy mam za sobą”<sup>[34]</sup>. Kolejnej wiosny Brett przeszedł następną operację hemoroidów<sup>[35]</sup>.

Konserwatywny komentator polityczny Glenn Beck przeszedł operację hemoroidów, a później opisał swoje nieprzyjemne doświadczenia w popularnym nagraniu zamieszczonym w serwisie YouTube w 2008 roku<sup>[36]</sup>.

## Przypisy

1. Chen, Herbert: *Illustrative Handbook of General Surgery*. Berlin: Springer, 2010, s. 217. ISBN 1-84882-088-7. (ang.)
2. MC Schubert, S Sridhar, RR Schade, SD Wexner. *What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders*. „World J Gastroenterol”. 15 (26), s. 3201–9, 2009. DOI: 10.3748/wjg.15.3201 (<https://doi.org/10.3748/wjg.15.3201>). ISSN 1007-9327 (<http://worldcat.org/issn/1007-9327>). PMID: 19598294 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19598294>) (ang.).
3. S Lorenzo-Rivero. *Hemorrhoids: diagnosis and current management*. „Am Surg”. 75 (8), s. 635–42, August 2009. PMID: 19725283 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19725283>) (ang.).
4. David Beck: *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery* (<http://books.google.ca/books?id=DhQ1A35E8jwC&pg>




Angielska miniatura z XI wieku. Po prawej widać operację usuwania hemoroidów.

- =PA174). Wyd. 2.. New York: Springer, 2011, s. 174–177. ISBN 9781441915818. (ang.)
5. O Kaidar-Person, Person, B; Wexner, SD. *Hemorrhoidal disease: A comprehensive review* ([http://www.siumed.edu/surgery/clerkship/colorectal\\_pdfs/Hemorrhoids\\_review.pdf](http://www.siumed.edu/surgery/clerkship/colorectal_pdfs/Hemorrhoids_review.pdf)). „Journal of the American College of Surgeons”. 204 (1), s. 102–17, 2007 Jan. PMID: 17189119 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17189119>) (ang.).
  6. RJ Davies. *Haemorrhoids*. (<http://www.aafp.org/afp/2006/1001/p1168.html>). „Clinical evidence”, s. 711–24, 2006 Jun. PMID: 16973032 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16973032>) (ang.).
  7. senior editor, Peter F. Lawrence; editors, Richard Bell, Merrill T. Dayton: *Essentials of general surgery* (<http://books.google.it/books?id=QOeHP5Ky610C&pg=PA329>). Wyd. 4th ed.. Philadelphia ;Baltimore: Williams & Wilkins, 2006, s. 329. ISBN 9780781750035. (ang.)
  8. edited by Indru Khubchandani, Nina Paonessa, Khawaja Azimuddin: *Surgical treatment of hemorrhoids* (<http://books.google.ca/books?id=7WC4f7BhChEC&pg=PA21>). Wyd. 2.. New York: Springer, 2009, s. 21. ISBN 978-1-84800-313-2. (ang.)
  9. GE Reese, von Roon, AC; Tekkis, PP. *Haemorrhoids*.. „Clinical evidence”. 2009, 2009 Jan 29. PMID: 19445775 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19445775>) (ang.).
  10. National Digestive Diseases Information Clearinghouse: Hemorrhoids (<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hemorrhoids/>) (ang.). W: *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), NIH* [on-line]. 2004.
  11. DE Rivadeneira, Steele, SR; Ternent, C; Chalasani, S; Buie, WD; Rafferty, JL; Standards Practice Task Force of The American Society of Colon and Rectal, Surgeons. *Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010)*. „Diseases of the colon and rectum”. 54 (9), s. 1059–64, 2011 Sep. PMID: 21825884 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21825884>) (ang.).
  12. Frank J Domino: *The 5-Minute Clinical Consult 2013 (Griffith's 5 Minute Clinical Consult)* (<http://books.google.it/books?id=rrdEq9tb-WYC&pg=PA572>). Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2012, s. 572. ISBN 1-4511-3735-4. (ang.)
  13. [edited by] Jill C. Cash, Cheryl A. Glass: *Family practice guidelines* (<http://books.google.it/books?id=4uKsZZ4BoRUC&pg=PA665&lpg=PA665>). Wyd. 2nd ed.. New York: Springer, s. 665. ISBN 9780826118127. (ang.)
  14. P. Alonso-Coello, G. H. Guyatt, D. Heels-Ansell, J. F. Johanson i inni. *Laxatives for the treatment of hemorrhoids*. „Cochrane Database Syst Rev”, s. CD004649, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD004649.pub2 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004649.pub2>). PMID: 16235372 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235372>) (ang.).
  15. DS Lang, Tho, PC; Ang, EN. *Effectiveness of the Sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders*. „Japan journal of nursing science : JJNS”. 8 (2), s. 115–28, 2011 Dec. PMID: 22117576 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117576>) (ang.).
  16. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery* (<http://books.google.it/books?id=DhQ1A35E8jwC&pg=PA182>). Wyd. 2.. New York: Springer, s. 182. ISBN 9781441915818. (ang.)
  17. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, et al.. *Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids*. „Br J Surg”. 93 (8), s. 909–20, August 2006. DOI: 10.1002/bjs.5378 (<https://doi.org/10.1002/bjs.5378>). PMID: 16736537 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16736537>) (ang.).
  18. CE Quijano, Abalos, E. *Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium*. „Cochrane database of systematic reviews (Online)”, s. CD004077, 2005-07-20. PMID: 16034920 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16034920>) (ang.).
  19. MC Misra, Imlitemsu,. *Drug treatment of haemorrhoids*. „Drugs”. 65 (11), s. 1481–91, 2005. PMID: 16134260 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16134260>) (ang.).
  20. M Pescatori, Gagliardi, G. *Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures*. „Techniques in coloproctology”. 12 (1), s. 7–19, 2008 Mar. PMID: 18512007 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18512007>) (ang.).
  21. A Ommer, Wenger, FA; Rolfs, T; Walz, MK. *Continence disorders after anal surgery--a relevant problem?*. „International journal of colorectal disease”. 23 (11), s. 1023–31, 2008 Nov. PMID: 18629515 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18629515>) (ang.).
  22. JA Lagares-Garcia, Nogueras, JJ. *Anal stenosis and mucosal ectropion*.. „The Surgical clinics of North America”. 82 (6), s. 1225–31, vii, 2002 Dec. PMID: 12516850 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12516850>) (ang.).
  23. V Shanmugam, Thaha, MA; Rabindranath, KS; Campbell, KL; Steele, RJ; Loudon, MA. *Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids*. „Cochrane database of systematic reviews (Online)”, s. CD005034, 2005 Jul 20. PMID: 16034963 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16034963>) (ang.).
  24. K Ratnasingham, Uzzaman, M; Andreani, SM; Light, D; Patel, B. *Meta-analysis of the use of glyceryl trinitrate ointment after haemorrhoidectomy as an analgesic and in promoting wound healing*. „International journal of surgery (London, England)”. 8 (8), s. 606–11, 2010. PMID: 20691294 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20691294>) (ang.).



25. S Jayaraman, Colquhoun, PH; Malthaner, RA. *Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids*. „Cochrane database of systematic reviews (Online)”, s. CD005393, 2006 Oct 18. PMID: 17054255 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054255>) (ang.).
26. Dana Christian Lynge, Barry D. Weiss: *20 Common Problems: Surgical Problems And Procedures In Primary Care*. McGraw-Hill Professional, s. 114. ISBN 978-0-07-136002-9. (ang.)
27. Surgical History of Haemorrhoids. W: Ellesmore, Windsor: *Surgical Treatment of Haemorrhoids*. London: Springer, 2002. (ang.)
28. *King James Bible* (<http://www.kingjamesbibleonline.org/1-Samuel-Chapter-6/>). 1 Samuel 6 4. (ang.)
29. SP Agbo. *Surgical management of hemorrhoids*. „Journal of Surgical Technique and Case Report”. 3 (2), 1 stycznia 2011. DOI: 10.4103/2006-8808.92797 (<https://doi.org/10.4103/2006-8808.92797>) (ang.).
30. hæmorrhoida (<http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0059%3Aentry%3Dhaemorrhoida>), Charlton T. Lewis, Charles Short, *A Latin Dictionary*, on Perseus Digital Library
31. αἷμα (<http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0057%3Aentry%3Dai%28%3Dma>), Henry George Liddell, Robert Scott, *A Greek-English Lexicon*, na Perseus Digital Library
32. ῥόος (<http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0057%3Aentry%3Dr%28o%2Fos>), Henry George Liddell, Robert Scott, *A Greek-English Lexicon*, na Perseus Digital Library
33. ῥέω (<http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0057%3Aentry%3Dr%28e%2Fw>), Henry George Liddell, Robert Scott, *A Greek-English Lexicon*, na Perseus Digital Library
34. Dick Kaegel: Memories fill Kauffman Stadium ([http://mlb.mlb.com/news/article.jsp?ymd=20090305&content\\_id=3921596](http://mlb.mlb.com/news/article.jsp?ymd=20090305&content_id=3921596)) (ang.). W: *Major League Baseball* [on-line]. 5 marca, 2009.
35. Brett in Hospital for Surgery (<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9D0DE2DC1439F932A35750C0A967948260>) (ang.). W: *The New York Times* [on-line]. Associated Press, 1 marca, 1981.
36. Glenn Beck: Put the 'Care' Back in Health Care (<http://abcnews.go.com/GMA/PainManagement/story?id=4101741&page=1#.UFchlCakt5R>) (ang.). Jan. 8, 2008. [dostęp 17 września 2012].

 Zapoznaj się z zastrzeżeniami dotyczącymi pojęć medycznych i pokrewnych w Wikipedii.

Źródło: „[https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Guzki\\_krwawnicze&oldid=47439369](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Guzki_krwawnicze&oldid=47439369)”

Tę stronę ostatnio edytowano 19:57, 8 lis 2016. Tekst udostępniany na licencji Creative Commons: uznanie autorstwa, na tych samych warunkach (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pl>), z możliwością obowiązywania dodatkowych ograniczeń. Zobacz szczegółowe informacje o warunkach korzystania ([http://wikimediafoundation.org/wiki/Warunki\\_korzystania](http://wikimediafoundation.org/wiki/Warunki_korzystania)).